



# Solicitud para los Programas de Prestaciones Médicas de AHCCCS y División de Costos de Medicare



## QUEDESE CON PÁGINAS A, B, C, Y D PARA SUS ARCHIVOS

Si usted tiene más de 65 años, está ciego o discapacitado o si tiene derecho a Medicare, use esta solicitud para solicitar los programas de Prestaciones Médicas de AHCCCS y División de Costos de Medicare o los dos.

### ¿Cómo puedo calificar para las Prestaciones Médicas de AHCCCS?

Sus ingresos mensuales no pueden exceder \$776 para una persona o \$1,041 para una pareja (después de la deducción estándar de \$20 y otras deducciones permitidas si usted tiene ingresos ganados o hijos dependientes o las dos cosas). Usted debe ser residente del estado de Arizona y ciudadano estadounidense o extranjero que cumple con los requisitos de Medicaid. Debe solicitar las prestaciones de pensión, discapacidad o jubilación si potencialmente están a su disposición. Si usted tiene menos de 65 años y no recibe ingresos por discapacidad del Seguro Social, entonces la determinación de discapacidad formará parte del trámite de su solicitud.

### ¿Qué servicios médicos están cubiertos por las Prestaciones Médicas de AHCCCS?

Medicamentos de receta	Suministros médicos	Atención médica de emergencia
Consultas médicas	Aparatos protésicos	Atención dental de emergencia
Servicios de laboratorio y radiografías	Dentadura postiza médicamente necesaria	Transporte de emergencia
Servicios de hospital	Transporte médicamente necesario	
Cuidado de la salud de la conducta	Cuidado de especialista médicamente necesario	

### ¿Cómo puedo calificar para los programas de la División de Costos de Medicare?

Si usted recibe o tiene derecho a Medicare Parte A y recibe o tiene derecho a Medicare Parte B, use esta solicitud para pedir ayuda con su(s) prima(s), pagos compartidos y deducibles de Medicare.

Hay cuatro programas de la División de Costos de Medicare. Cada uno tiene diferentes límites de ingresos y diferentes prestaciones.

Programa División de Costos de Medicare →	Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)	Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos (SLMB)	Persona Calificado – 1 (QI-1)
Requisitos generales de elegibilidad:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted debe ser residente del estado de Arizona.</li> <li>• Usted debe ser ciudadano estadounidense o extranjero que cumple con los requisitos de Medicaid.</li> <li>• Usted debe solicitar las prestaciones de pensión, discapacidad o jubilación si potencialmente están a su disposición.</li> </ul>		
Límites de ingresos mensuales (después de las deducciones permitidas):	\$0 - \$776 (Persona) \$0 - \$1,041 (Pareja)	\$776.01 - \$931 (Persona) \$1,041.01 - \$1,249 (Pareja)	\$931.01-\$1,048 (Persona) \$1,249.01-\$1,406 (Pareja)
Requisitos específicos:	Recibe o tiene derecho a Medicare Parte A	Recibe Medicare Parte A	Recibe Medicare Parte A
¿Qué es la prestación?:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga su prima de Medicare Parte B</li> <li>• Paga su prima de Medicare Parte A (si no es gratuita)</li> <li>• Paga su coseguro de Medicare</li> <li>• Paga sus deducibles de Medicare.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga su prima de Medicare Parte B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga su prima de Medicare Parte B</li> </ul>
* Si usted está inscrito con una HMO de Medicare, sus pagos compartidos también serán pagados. Si elige cobertura adicional de alguna HMO de Medicare, usted será responsable de las primas y los costos adicionales.			

Si usted es Persona Discapacitada Calificada que Trabaja (QDWI) menor de 65 años y que perdió prestaciones por discapacidad del Título II del Seguro Social debido a su nivel de ingresos, use esta solicitud para solicitar el pago de su prima de Medicare Parte A.

## **Si usted tiene derecho a las Prestaciones Médicas de AHCCCS, entonces estará inscrito con algún plan médico de AHCCCS.**

El plan médico es parecido a la organización del mantenimiento de la salud (HMO). El plan médico contrata con los proveedores médicos (médicos, hospitales, farmacias, etc.) para proporcionar todos los servicios cubiertos de AHCCCS. Usted puede elegir a su Médico de Cuidado Primario, quien será su primer contacto para la atención médica no de emergencia y que será responsable de autorizar los servicios médicos no de emergencia.

### **¿Puedo escoger mi plan médico de AHCCCS?**

Sí. En la página 6 se encuentra una lista de los planes médicos. Busque los planes disponibles en el condado donde usted vive. Hay por lo menos dos en cada condado. Converse del programa de AHCCCS con su médico y averigüe con qué planes él o ella participa. Llame directamente al plan si desea más información. Usted puede ver materiales informativos sobre los planes médicos en la oficina de elegibilidad del ALTCS. Luego haga su elección. (Si su solicitud es aprobada y usted fue inscrito en algún plan médico de AHCCCS durante los últimos 90 días anteriores, entonces será inscrito en este plan si está disponible.)

### **¿Tendré que cambiar de médico?**

Tal vez. Sin embargo, la mayoría de los médicos de Arizona participan en AHCCCS y contratan con los planes médicos de AHCCCS. Pregunte a su médico actual con qué planes contrata.

### **Estoy inscrito en una HMO de Medicare. ¿Cómo me afectará inscribirme en un plan médico de AHCCCS?**

Si su médico de la HMO de Medicare también participa con el plan de AHCCCS que usted elige, entonces recibirá las prestaciones completas disponibles de AHCCCS. Sin embargo, si este médico no participa en el plan de AHCCCS que usted elige, para recibir las prestaciones completas disponibles, entonces éste tendrá que comunicarse con el plan de AHCCCS para coordinar el cuidado. Si las recetas aprobadas son surtidas en alguna farmacia que participa en el plan médico de AHCCCS, no hay pagos compartidos de receta y no hay límite anual sobre el costo de las recetas.

### **¿Puedo solicitar los dos programas Prestaciones Médicas de AHCCCS y División de Costos de Medicare?**

Sí. Si usted tiene derecho, puede recibir prestaciones de Prestaciones Médicas de AHCCCS y Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) a la vez.

### **¿Quién puede llenar la solicitud?**

Usted puede llenar esta solicitud, o alguien de su elección que sepa o que pueda conseguir la información necesaria para llenarla por usted y los miembros de su familia. Los términos “solicitante” y “usted” de este formulario se refieren a la persona que solicita las prestaciones de Prestaciones Médicas de AHCCCS o los de la División de Costos de Medicare o de los dos. **Usted y su cónyuge pueden usar el mismo formulario para solicitarlo.** Si usted tiene protector o tutor legal, éste debe llenar el formulario por usted.

### **INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES**

- Marque **SÍ** o **NO** en la solicitud donde le pregunta si solicita Prestaciones Médicas de AHCCCS o ayuda para pagar los costos de Medicare. Usted puede contestar **SÍ** a cualquiera de las preguntas o a las dos.
- Conteste todas las preguntas de las páginas 1 a 3.
- Si usted necesita más espacio, adjunte hojas adicionales para proporcionar todos los detalles pedidos.
- Lea la página C para una explicación de sus derechos y responsabilidades y sobre la provisión de su número del seguro social.
- Firme la solicitud.
- **Adjunte toda la verificación pedida cuando envíe la solicitud.**
- Guarde esta página cubierta y la última, luego lleve o envíe por correo las páginas 1 a 4 a la oficina más cercana del Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS). La dirección y el teléfono de las oficinas del ALTCS aparecen en la página 6.
- Si usted solicita las Prestaciones Médicas de AHCCCS, lea la página D y escoja algún plan médico de AHCCCS.
- **Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos programas o si necesita ayuda para llenar la solicitud, favor de llamar a la oficina del ALTCS más cercana a usted.**

Después de recibir su solicitud, nos comunicaremos con usted para más información, o si su solicitud está completa, para hacer una decisión sobre su elegibilidad. Le enviaremos un aviso explicándole la decisión.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS SOLICITANTES/BENEFICIADOS

1. Ser tratado/a en forma imparcial y con igualdad sin importar su raza, religión, país de procedencia, sexo, edad, discapacidad, o creencias políticas.
2. Revisar los manuales de normas o las regulaciones si usted tiene dudas sobre la base en la que se fundó la aprobación o negación de sus derechos.
3. Mantener confidencial toda la información que usted suministra para la determinación de sus derechos, de acuerdo con la ley estatal y federal.
4. Ser notificado/a con respecto a las regulaciones antes de la cobertura del cuatrimestre (no se aplica para el programa QMB).
5. Una audiencia, si usted ha suministrado toda la información y verificaciones requeridas y si no se le ha notificado por escrito en un período de 45 días si usted tiene o no tiene derecho. Su audiencia será presidida por un Juez de Ley Administrativa quien escuchará su caso. Si usted desea solicitar una audiencia, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla por correo o por Fax a: AHCCCS Administration, Office of Legal Assistance, 701 East Jefferson, Mail Drop 6200, Phoenix, Arizona, 85034, FAX: 602-253-9115.

Usted tiene la **RESPONSABILIDAD** de:

1. Suministrarle a AHCCCS la información necesaria para determinar correctamente si usted tiene derechos y autorizar a AHCCCS a investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para confirmar la veracidad de la información referente a la determinación de derechos.
2. Tomar las medidas necesarias para obtener cualquier anualidad, pensión y beneficios por retiro o discapacidad a los que usted puede tener derecho, incluyendo, pero no limitándose a beneficios del Seguro Social, Jubilación de Ferrocarril, beneficios de Veterano o compensaciones por desempleo.

Si usted tiene derechos, usted **DEBE**:

1. Notificarle a la oficina de AHCCCS/ALTCS tan pronto como le sea posible pero dentro de un período de no más de 10 días por teléfono, carta o personalmente, cada vez que haya algún cambio en sus ingresos, dirección, estado civil, cobertura de Medicare, situación del hogar u otras circunstancias que pueden afectar sus derechos.
2. Cooperar con el personal del Estado de Arizona o el personal Federal en la finalización de una revisión del control de calidad de sus derechos.

## SUMINISTRAR NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL

Usted debe suministrar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) para cada persona que solicita o recibe Servicios Médicos de AHCCCS. Este es un requisito de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (SSA) de 1935 (Sección 1137) según la enmienda por P.L. 98-369. Suministrar un número de Seguro Social para alguien que no está solicitando es optativo. Su SSN será utilizado para confirmar la identidad de las personas que reciben ayuda, prevenir la duplicación de pagos, determinar los beneficios disponibles por medio de otros programas y hacer cambios de beneficios masivos con mayor facilidad. Su SSN será usado en búsquedas por computadora para comparaciones por medio del State Income and Eligibility Verification System (IEVS) (Sistema del Estado para Verificación de Ingresos y Derechos) y obtener salarios, ingresos y otra información de: (a) el IRS, (b) la Administración del Seguro Social, (c) Arizona Department of Economic Security (el Departamento de Seguridad Económica de Arizona), y (d) otros estados que administran TANF, Medicaid, Seguro por Desempleo (Unemployment Insurance), Cupones para Alimentos (Food Stamps), Programas del Título I, X, XIV, XVI del SSA y agencias que recopilan información sobre salarios en otros estados. AHCCCS usará esta información disponible por medio de su comparación por computadora para verificar ingresos, derechos, estado migratorio y la cantidad correcta de pagos por asistencia médica. Cuando la información que usted nos suministre esté en duda, AHCCCS verificará la información comunicándose con otras fuentes.

## ASIGNACIÓN DE DERECHOS A OTROS BENEFICIOS PARA CUIDADOS DE SALUD (Sólo se aplica para Servicios Médicos de AHCCCS y el Programa Qualified Medicare Beneficiary [Beneficiario Calificado de Medicare])

Entiendo que si soy o si miembros de mi familia son aprobados para recibir beneficios de AHCCCS, AHCCCS puede obtener pago de cualquiera de las partes que sean responsables por el pago de los gastos por cuidados de salud. Esto incluye:

- Agencias de seguro de salud privadas o financiadas por patronos (sin incluir Medicare)
- Personas, tales como cónyuge o padre ausente, que tienen la obligación legal por el financiamiento de gastos médicos
- Seguro por discapacidad privado o financiado por patronos
- Seguro de accidente privado o financiado por patronos
- Reclamos de seguros, asignaciones de dinero hechas por jurados, o acuerdos judiciales por heridas

Entiendo que AHCCCS no puede cobrar más dinero de lo que se ha pagado por AHCCCS. Entiendo también que debo suministrar información sobre otras partes responsables y tomar las medidas necesarias para recibir ayuda médica. Esto incluye la determinación de paternidad de mis hijos, a menos que yo pueda suministrar causa justa para no hacer esto.

# Cómo escoger el plan médico si Ud. solicita las Prestaciones Médicas de AHCCCS

- Busque los planes médicos disponibles en el condado donde usted vive.
- Los Servicios Médicos para los Indígenas solamente están a la disposición de los indígenas norteamericanos.
- Llame al plan médico si tiene alguna pregunta.
- Si ya escogió su plan cuando llene la solicitud, escriba su elección al fondo de la página 3.
- Usted lo puede escoger en cualquier momento antes de realizarse la decisión sobre su solicitud al llamar al **1-800-334-5283**.

Si su solicitud es aprobada, usted estará inscrito en el plan médico de su elección. (Si usted fue inscrito en algún plan médico de AHCCCS durante los últimos 90 días anteriores, entonces estará inscrito de nuevo con aquel plan si está disponible).

Si su solicitud es aprobada y todavía no ha escogido algún plan médico, se le asignará uno. Usted recibirá una tarjeta de identificación de AHCCCS con el nombre y número de teléfono del plan médico.

## AHCCCS Health Plans

### CONDADO APACHE

Family Health Plan of NEAZ ..... 1-800-448-3585  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO COCHISE

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO COCONINO

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO GILA

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Community Connection ..... 1-800-747-7997  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO GRAHAM

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO GREENLEE

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO LA PAZ

Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Family Health Plan of Northeast AZ ..... 1-800-448-3585  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO MARICOPA

Maricopa Health Plan ..... 1-800-582-8686  
 Phoenix Health Plan ..... 1-800-747-7997  
 CIGNA Community Choice ..... 1-800-832-3211  
 Health Choice Arizona ..... 1-800-322-8670  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO MOHAVE

Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Family Health Plan of Northeast AZ ..... 1-800-448-3585  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO NAVAJO

Family Health Plan of NEAZ ..... 1-800-448-3585  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139

### CONDADO PIMA

Pima Health System ..... 1-800-423-3801  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 University Family Care ..... 1-888-708-2930  
 Health Choice Arizona ..... 1-800-322-8670  
 Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Indian Health Service ..... 1-520-295-2550

### CONDADO PINAL

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Community Connection ..... 1-800-747-7997  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139  
 Si su código postal es 85220 ó 85242, usted debe escoger de los planes anotados bajo el Condado Maricopa.

### CONDADO SANTA CRUZ

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-520-295-2550

### CONDADO YAVAPAI

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139  
 Si su código postal es 85342, 85358 ó 85390, usted debe escoger de los planes anotados bajo el Condado Maricopa.

### CONDADO YUMA

Mercy Care Plan ..... 1-800-624-3879  
 Arizona Physicians, IPA ..... 1-800-348-4058  
 Indian Health Service ..... 1-602-364-5139



AHCCCS is  
Arizona's  
Medical  
Assistance  
Program  
(Medicaid)

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE AHCCCS



<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA</b>	Fecha presentada
---	------------------

¿Solicita Ud. Prestaciones Médicas de AHCCCS?       SÍ     NO  
 ¿Solicita Ud. ayuda para pagar los costos de Medicare?     SÍ     NO

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	ACN:
-----------------------------	------

Nombre	MI	Apellido	Número del Seguro Social	
Fecha de nacimiento	Edad	Ud. es: <input type="checkbox"/> Hombre    o <input type="checkbox"/> Mujer	Num. de reclamación de Medicare	
Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del hogar		Número de teléfono del trabajo		Número para dejar recados

Grupo étnico (no afecta la elegibilidad)  Blanco     Hispano     Negro     Indígena norteamericano  
 Asiático     de las Islas Pacíficas     Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Marque su estado civil actual:       Nunca casado     Casado     Divorciado     Viudo  
 Matrimonio por consenso

Si es casado, ¿Ud. y su cónyuge viven juntos?       SÍ     NO      De ser NO, fecha de separación:

**SI OTRA PERSONA LO REPRESENTA Y LLENA ESTA SOLICITUD POR USTED, CONTESTE LO SIGUIENTE:**

Nombre y apellido del representante	Parentesco del representante	Número de teléfono del representante
Dirección postal del representante:      Calle	Ciudad, Estado	Código postal

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE, si viven juntos	ACN:
--	------

Nombre y apellido del cónyuge	Fecha de nacimiento del cónyuge	Número De la Seguridad Social Del Esposo
¿Solicita su cónyuge prestaciones Médicas de AHCCCS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si se aplica, Número de la demanda de Seguro de enfermedad del esposo
¿Solicita su cónyuge ayuda para pagar los costos de Medicare? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

Si está solicitando, indique el grupo étnico del cónyuge  Blanco     Hispano     Negro     Indígena norteamericana  
 Opcional (no afecta la elegibilidad)       Asiático     de las Islas Pacíficas     Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS DEPENDIENTES**

¿ Vive con Ud. algún hijo soltero menor de los 18 años de edad o alguno menor de los 22 años que es estudiante?     SÍ     NO  
 De ser SÍ, anótelos(s) abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida.

	Nombre completo del niño (Apellido, primer nombre)	Fecha de nacimiento del niño	Núm. del Seguro Social del niño (opcional)	Tipo de escuela, si es estudiante
A.				
B.				

INFORMACIÓN NO FINANCIERA	Solicitante	Cónyuge (si solicita)
---------------------------	-------------	--------------------------

1. ¿Vive usted en Arizona?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Recibe usted Medicare Parte A?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Recibe usted Medicare Parte B?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Usted ha sido declarado ciego o discapacitado por la Administración del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5. Si Ud. contestó NO al número 4 y tiene menos de 65 años de edad, ¿tiene alguna discapacidad que no le ha permitido o no le permitirá trabajar durante por lo menos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6. ¿Es Ud. menor de 65 años de edad que ha perdido las prestaciones por discapacidad del Título II del Seguro Social debido a la suma de sus ganancias?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

## INFORMACIÓN FINANCIERA - INGRESOS

¿Recibe o espera recibir usted, su cónyuge o los hijos dependientes alguno de los siguientes tipos de ingresos?  
 Marque cada punto SÍ o NO.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos del empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos del trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prestaciones del Seguro Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intereses devengados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Regalías, dividendos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pensiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Jubilación ferrocarrilera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prestación de veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por anualidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ganancias de juego (lotería, juegos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Regalos, préstamos, contribuciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro por discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro por desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Becas estudiantiles, préstamos, pagos para pensión completa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pagos para pensión completa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pagos de hipoteca, contratos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Manutención infantil, pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No BIA, asistencia tribal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pagos de fideicomiso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Propinas o comisiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Crédito impositivo por ingreso del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: _____
---	---	---

**Por cada punto marcado SÍ, anote toda la información pedida abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida. INCLUYA VERIFICACIÓN ACTUAL DE TODOS LOS INGRESOS ANOTADOS (POR EJEMPLO, TALONES DE CHEQUE, CARTAS DE OTORGAMIENTO, DECLARACIONES MÁS RECIENTES DE IMPUESTOS SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA). SE ACEPTAN COPIAS.**

Nombre de la persona que recibe ingresos	Tipo de ingresos	Fecha en que los recibió o los espera recibir	Monto bruto	¿Se reciben con qué frecuencia?

¿Hubo algún cambio en los ingresos durante los últimos tres meses, o espera algún cambio?  SÍ  NO De ser SÍ, llene abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida.

Fecha del cambio efectuado o esperado	Tipo de ingresos afectados	¿Por cuánto es el cambio?
---------------------------------------	----------------------------	---------------------------

### PRESTACIONES POTENCIALES

¿Es veterano usted o su cónyuge?  SÍ  NO      ¿Es Ud. viudo/a de veterano?  SÍ  NO

¿Ha trabajado Ud., su cónyuge o su cónyuge difunto en algún momento por alguna agencia gubernamental o por algún empleador con plan de discapacidad o de pensión?  SÍ  NO

Si usted contestó SÍ a alguna de estas preguntas, anote la siguiente información sobre el veterano o empleado:

Nombre	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Fecha de muerte
Fechas de empleo o del servicio militar o de los dos		Dirección del empleador	
Empleador, cuerpo militar			

### COBERTURA MÉDICA

¿Tiene seguro médico Ud. o su cónyuge aparte de Medicare?  SÍ  NO  
 De ser SÍ, llene la información abajo y ENVÍE UNA COPIA DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO.

Nombre de la compañía de seguros	¿A quién cubre el seguro?

¿Tiene Ud. o su cónyuge alguna lesión o enfermedad que resultó de un accidente (de peatón, automovilístico, con otro vehículo, en el trabajo, etc.)?  SÍ  NO De ser SÍ, llene los puntos abajo:

Nombre	Tipo de Lesión	Fecha de la Lesión	Nombre y dirección del Seguro o de la compañía responsable de los costos médicos debidos a la lesión	Lesión <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> Referencia por lesión formulario (DE-124)  Fecha: _____

Si tengo derecho a las Prestaciones Médicas de AHCCCS o los QMB, acepto asignar a AHCCCS todos los derechos a pagos de terceros para los gastos médicos, incluyendo el seguro médico, al punto que los costos sean pagados por AHCCCS. \_\_\_\_\_

(inicial)

**DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO CALIFICADO**

Lugar de nacimiento	País de origen		
<input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy ciudadano o nacional de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy extranjero con estado migratorio satisfactorio. Estoy presente en los Estados Unidos con el permiso y conocimiento del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) y que mi: Número de registro de extranjero es: _____ Fecha de entrada es: _____			
Firma del solicitante	Fecha	Firma del testigo, si el solicitante firma con marca	Fecha

**DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO CALIFICADO (PARA EL CÓNYUGE SI TAMBIÉN SOLICITA)**

Lugar de nacimiento del cónyuge	País de origen del cónyuge		
<input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy ciudadano o nacional de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy extranjero con estado migratorio satisfactorio. Estoy presente en los Estados Unidos con el permiso y conocimiento del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) y que mi: Número de registro de extranjero del cónyuge es: _____ Fecha de entrada del cónyuge es: _____			
Firma del cónyuge, si solicita	Fecha	Firma del testigo, si el cónyuge firma con marca	Fecha

SI USTED O SU CÓNYUGE NACIÓ FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS, ADJUNTE UNA COPIA DE SU ACTA DE NATURALIZACIÓN O DOCUMENTACIÓN DEL ESTADO MIGRATORIO EMITIDA POR EL SERVICIO DE INMIGRACIÓN Y NATURALIZACIÓN (INS).

**ADVERTENCIA DE PENALIDAD**

La información provista en este formulario podrá ser verificada por los oficiales federales, estatales y locales. Si algo es erróneo, se le pueden negar a usted las prestaciones.

1. No se permite retener información o dar información falsa a sabiendas con la intención de recibir o seguir recibiendo Prestaciones de AHCCCS que no le corresponden.
2. Usted tendrá la obligación de reembolsar a AHCCCS las prestaciones que reciba como resultado de retener información o dar información falsa y estará sujeto a enjuiciamiento penal.

Constituye fraude que alguien retenga información a sabiendas con la intención de recibir o seguir recibiendo Prestaciones a que no tiene derecho. La persona declarada culpable de fraude puede estar sujeta a multas, enjuiciamiento penal, encarcelamiento u otras penalidades que estipulen las leyes aplicables estatales y federales.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo a AHCCCS que investigue y se comunique con todas las fuentes necesarias para establecer mi elegibilidad y la exactitud de la información financiera relacionada con la elegibilidad para AHCCCS. Si tengo derecho, acepto que AHCCCS divulgue la información de elegibilidad a Blue Cross/Blue Shield u a otro intermediario para determinar los pagos de la División de Costos de Medicare.

**DECLARACIÓN DE VERACIDAD**

Yo juro o afirmo bajo pena por perjurio que las declaraciones orales o escritas hechas con relación a las personas de mi hogar, mis ingresos y otros puntos relacionados con mi elegibilidad para las Prestaciones Médicas de AHCCCS o las prestaciones del programa de la División de Costos de Medicare, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender y que las fotocopias provistas son iguales a sus originales. He leído y entendido la advertencia de penalidad. He leído y entendido mis derechos y responsabilidades y proporciono los números del Seguro Social al dorso de esta hoja. Además acepto cooperar con el personal federal o de Arizona para cumplir con una evaluación del control de calidad con relación a mi derecho de recibir Prestaciones.

Firma del Solicitante	Fecha
Firma del Cónyuge	Fecha
Firma del Testigo (si el solicitante firmó con marca)	Fecha
Firma del Representante	Fecha

**ELECCIÓN DEL PLAN MÉDICO**

Si usted solicita Prestaciones médicas de AHCCCS, escoja un plan médico de AHCCCS que sirve su condado. Vea la página 5 para una lista de planes médicos.

Nombre del plan médico que usted elige (de la página 5):

**PARA USO DE LA OFICINA**

# OFICINAS ALTCS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

## SSI MAO

1209 E. Washington, MD 4900  
Phoenix, AZ 85034

- Calling from area codes (602, 480 or 623) dial (602) 417-5010 and choose option 3.
- Calling from area codes (520, 760 or 928) dial toll free 1-800-528-0142.

## CASA GRANDE

500 North Florence Street  
Casa Grande, Arizona 85222  
(520) 421-1500

## CHINLE

DCI Shopping Center  
US Highway 191, PO Box 1942  
Chinle, Arizona, Navajo Nation, 86503  
(928) 674-5439 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-800-3804 (area codes 602, 480, or 623)

## COTTONWOOD

1 North Main Street  
Cottonwood, Arizona 86326  
(928) 634-8101 (area codes 520, 760, or 928)

## FLAGSTAFF

3480 East Route 66  
Flagstaff, Arizona 86004  
(928) 527-4104 (area codes 520, 760, or 928)  
1-800-540-5042 (area codes 602, 480, or 623)

## GLENDALE

2830 West Glendale Avenue, Suite 34  
Phoenix, Arizona 85051  
(602) 417-6000 (area codes 602, 480, or 623)  
1-800-528-0142 (area codes 520, 760, or 928)

## GLOBE/MIAMI

Cobre Valle Plaza  
2250 Highway 60, Suite H  
Miami, Arizona 85539-9700  
(928) 425-3165 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-425-3165 (area codes 602, 480, or 623)

## KINGMAN

519 East Beale Street, Suite 150  
Kingman, Arizona 86401  
(928) 753-2828 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-300-8348 (area codes 602, 480, or 623)

## LAKE HAVASU CITY

285 South Lake Havasu Avenue  
Lake Havasu City, Arizona 86403  
(928) 453-5100 (area codes 520, 760, or 928)  
1-800-654-2076 (area codes 602, 480, or 623)

## MESA

460 North Mesa Drive, Suite 101  
Mesa, Arizona 85201  
(602) 417-6400 (area codes 602, 480, or 623)  
1-800-528-0142 (area codes 520, 760, or 928)

## PHOENIX SOUTH

700 East Jefferson Street  
Phoenix, Arizona 85034  
(602) 417-6600 (area codes 602, 480, or 623)  
1-800-528-0142 (area codes 520, 760, or 928)

## PRESCOTT

1570 Willow Creek Road  
Prescott, Arizona 86301  
(928) 778-3968 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-778-5600 (area codes 602, 480, or 623)

## SHOWLOW

580 East Old Linden Road, Suite 3  
Showlow, Arizona 85901  
(928) 537-1515 (area codes 520, 760, or 928)  
1-877-537-1515 (area codes 602, 480, or 623)

## SIERRA VISTA

484 East Wilcox Drive  
Sierra Vista, Arizona 85635  
(520) 459-7050 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-782-5827 (area codes 602, 480, or 623)

## TUCSON

Magdalena Building  
110 South Church Avenue, Suite 5132  
Tucson, Arizona 85701  
(520) 205-8600 (area codes 520, 760, or 928)  
1-800-824-2656 (area codes 602, 480, or 623)

## YUMA

3850 West 16<sup>th</sup> Street, Suite B  
Yuma, Arizona 85364  
(928) 782-0776 (area codes 520, 760, or 928)